別紙様式第7号（第11条関係）

　粕屋町小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

　　年　　月　　日

粕屋町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

氏名

（電話番号　　　　　　　　　　　）

裏面のとおり、粕屋町がん患者在宅療養生活支援事業を利用したので、粕屋町小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第11条の規定により請求します。

　請求金額　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 利用者氏名 |  | 年齢 | 歳 |
| 住所 | 〒□申請者と同じ　　ＴＥＬ　　　　（　　　） |

（振込先金融機関）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行・信用金庫信用組合・農協 |  | 支店支所 |
| 預金種別 | １：普通　　　２：当座　　　３：貯蓄 |
| 口座番号(右づめでお願いします) |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

※　領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。

※　請求金額は、本事業の対象サービス費用の９割相当額を記入してください。ただし、

1月あたりの助成上限額は54,000円とします。

　実施サービス（他の事業において、同様のサービスの利用を受けることができないもののみを計上すること。例：障害福祉サービスなど）

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者記載欄 | 町記載欄 |
| 実施日 | 実施したサービス | 総額(A) | 利用者負担分(B） | 差額(A)－(B) |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |